Forum delle politiche sociali "Famiglia e Welfare"

La riforma dello Stato sociale e l'integrazione socio-sanitaria

Auditorium di Belluno
sabato 7 dicembre 2002 ore 16

La ricerca di un'integrazione socio-sanitaria *piena*, efficace ed efficiente ha convinto il **Comune di Belluno** e l'**Ulss 1** a costituire la società per azioni Servizi Sociali Assistenziali (**SERSA SPA**): un nuovo soggetto, a partecipazione pubblica totalitaria, per meglio garantire il diritto alla salute ed elevare la qualità dei servizi a favore degli anziani non autosufficienti.

L'incontro è l'occasione per presentare l'accordo Comune-Ulss e per valutare gli scenari di un *Welfare* capace di essere solidale con chi vive condizioni di debolezza.

Intervento conclusivo di Rosy Bindi

UNA NUOVA FRONTIERA DEL BENE SALUTE

Sono davvero molto contenta di essere qui con voi per la serietà del lavoro che avete svolto, per l'importanza che riveste non soltanto per la vostra città ma anche per la Regione e sicuramente per altre Regioni e città del nostro Paese. Farò solo alcune sottolineature, cercando di estrapolare dalla vostra sperimentazione alcune precise indicazioni che possono risultare utili oltre i confini della vostra città e della vostra provincia.
Credo innanzitutto che vada sottolineata la consapevolezza della serietà del problema e quindi dell'importanza strategica che riveste per il nostro Paese e per le nostre comunità.
Nel 1988 l'allora ministro della Sanità aveva previsto lo stanziamento di consistenti fondi per la conversione delle strutture ospedaliere in strutture per l'accoglienza degli anziani. La storia sappiamo bene come è andata, i finanziamenti in questo Paese non sono mai sufficienti e quella legge, che è stata di volta in volta rifinanziata, è servita di fatto a qualificare la rete ospedaliera italiana e solo in minima parte a riconvertirla verso servizi per l'invecchiamento della popolazione. Ho voluto ricordare questo perché è evidente che, se ci fu un problema nel 1988, bisogna sottolineare il ritardo con il quale complessivamente il nostro Paese sta prendendo coscienza di questo grave problema, che poi è la conseguenza di un grande risultato che il nostro Paese ha raggiunto. Siamo il Paese che ha l'invecchiamento più elevato, siamo la popolazione che vive di più, siamo un Paese che si avvicina di più all'attesa di vita che, come sappiamo, ogni anno cresce, e quindi il problema che ci portiamo con noi è frutto di un risultato raggiunto. Ma sappiamo anche che è un risultato a metà perché il risultato pieno sarebbe rappresentato da un invecchiamento in salute. E' un risultato in chiaroscuro perché all'invecchiamento della popolazione corrisponde, come abbiamo ben visto, la crescita anche del grave problema della non autosufficienza.
E' comunque certo che noi ci troviamo di fronte ad un problema sociale di importanza strategica, destinato a cambiare, come già è avvenuto per molti di noi, la qualità della vita delle nostre famiglie, delle nostre comunità. E dalla capacità che avremo di dare una risposta a questo problema saremo anche in grado di dare una risposta alla qualità della vita per il futuro. E quindi, prendere coscienza dell'investimento – per usare le parole del vostro sindaco - che rappresenta la soluzione a questo

problema, significa avere una delle caratteristiche tipiche che deve avere la politica, cioè quella di programmare per i tempi presenti ma soprattutto per i tempi futuri.
Credo anch'io che ci troviamo di fronte a una nuova frontiera del bene salute. Chi oggi fa strategie di salute in un Paese non può ignorare che la riconversione delle risorse deve avvenire sapendo che questo è uno dei bisogni primari della popolazione. E anche da questo punto di vista bisogna dire che la salute è una delle nuove frontiere della politica della famiglia. Voglio sottolinearlo ancora una volta: nuove politiche per la famiglia oggi significa presa in carico di questo problema che pesa su tutte le famiglie, anche su quelle giovani per la loro prospettiva futura; anche, direi, per risolvere il problema demografico. Una vita nascente è spesso legata alla capacità che ha una famiglia di gestire i problemi con la vita che già esiste, che si avvicina al tramonto in maniera spesso drammatica.
Aggiungerei che è la nuova frontiera del welfare nazionale e locale, e lo è proprio nei termini in cui è stato questa sera bene espresso attraverso i servizi sanitari e sociali. Ci tengo a sottolineare questo aspetto perché da questo punto di vista il nostro Paese è in ritardo anche rispetto agli altri Paesi europei. Sappiamo che la spesa sociale italiana è mediamente più bassa degli altri Paesi europei. Sappiamo però che in questa voce c'è uno squilibrio molto forte: siamo sicuramente il Paese che ha un costo della spesa previdenziale superiore alla media degli altri Paesi europei, ma siamo anche il Paese che ha la spesa sanitaria e dei servizi sociali, soprattutto quest'ultima, nettamente inferiore. Io sono per aumentare, sono tra coloro che hanno sostenuto da sempre e continuano a sostenere la necessità di un aumento della spesa sociale complessiva nel nostro Paese ma che soprattutto sostiene la necessità di un riequilibrio di questa spesa, non certo perché si debba in qualche modo andare a toccare i diritti che sono stati acquisiti e previsti dal punto di vista previdenziale, ma perché sicuramente la crescita futura della spesa sociale italiana deve andare ad interessare la programmazione delle politiche sociali.
E questo per un motivo molto semplice: perché dobbiamo sviluppare in questo settore la scelta che abbiamo compiuto con l'istituzione del Servizio sanitario nazionale, quando cioè abbiamo affrancato la tutela del diritto della salute dalle disponibilità economiche degli individui e delle famiglie. La scelta storica di welfare che l'Italia ha fatto con l'istituzione del Servizio sanitario nazionale nel 1978 non ha interessato soltanto la sfera dei beni pubblici: ha interessato il modello di vita delle famiglie e anche i modelli di consumi delle famiglie e anche la effettività, potremmo dire, del reddito delle famiglie.
Credo che si debba operare per l'integrazione sociosanitaria la stessa scelta che abbiamo compiuto con l'istituzione del Servizio sanitario nazionale, quando abbiamo deciso che al bene salute si doveva provvedere attraverso risorse pubbliche. Ed è questa, molto semplicemente, la scelta che abbiamo fatto quando abbiamo detto che ci sono alcuni beni che devono essere assicurati dalla comunità, che non vanno a pesare sulle disponibilità individuali, familiari, categoriali, territoriali, perché ad alcuni beni, in particolare al bene salute, si deve provvedere con risorse pubbliche, mettendo insieme le risorse di tutti, sapendo bene che questo è il modo più sostenibile per far fronte a questo rischio.
Non è successo così per i servizi sociali e per i servizi ad integrazione sociosanitaria, e questo lo sappiamo benissimo perché ormai è calcolato che le famiglie italiane spendono mediamente da mille a millecinquecento euro al mese per far fronte ai servizi sociali, siano questi per gli anziani, siano per chi ha in casa un disabile.
Disabilità che può essere provocata da problemi di nascita: una volta si moriva, adesso grazie a Dio si vive; oppure da incidenti: spesso prima significava restare sulla strada, oggi grazie a Dio spesso si guarisce ma in molti casi significa purtroppo rimanere disabili. Così la media dei costi della famiglia italiana in termini di spesa socioassistenziale - neanche sanitaria privata ma socioassistenziale - si calcola tra mille e millecinquecento euro al mese. Capiamo benissimo questo che cosa significa: è una nuova emergenza, potremmo dire non minore di quella sanitaria se escludiamo i grandi rischi.
Allora dobbiamo percepire davvero questa nuova frontiera come la nuova frontiera del welfare e decidere come dare una risposta, perché non si può ignorare questo problema. Ed essere consapevoli che dal tipo di risposta che intendiamo dare a questo problema dipende, come dipendeva dal 1978 in poi, la qualità della vita delle nostre famiglie, il modello di vita di un Paese complessivamente inteso.
E anche questa volta siamo davanti a un bivio. Gli annunci del Governo quest'anno avevano fatto intravvedere una strada che non ci piaceva, tanto è vero che sono state molte le voci che hanno detto "no" anche all'interno della stessa maggioranza politica che oggi governa il Paese.

Come dare una risposta? In maniera solidaristica, come si è fatto con il Servizio sanitario nazionale, mettendo insieme le risorse di tutti per far fronte tutti insieme ai bisogni di tutti; oppure si può dare tutt'altra risposta, si può sottovalutare questo problema, cioè si può ritenere che questo è un dettaglio, sostanzialmente, rispetto ad altri settori del welfare. Si può dire: beh, insomma, questo è un problema al quale in qualche modo si può far fronte, ciascuno ha un rischio al quale può far fronte individualmente, oppure i singoli territori se la possono cavare da soli.
Non c'è una terza via, che è sempre una cosa affascinante per un Paese come il nostro: noi siamo sempre alla ricerca della terza via perché quelle due che abbiamo davanti non ci piacciono e facciamo molta fatica ad adeguarci alla realtà.
Ma la realtà ci dice che a questi problemi si dà una soluzione in un modo o nell'altro: o si dà in maniera universalistica o si nega la scelta universalistica. Perché comunque anche le forme miste per una parte consistente pesano sulla solitudine, non sulla libertà individuale: in questo caso la libertà non c'è, viene dopo la libertà, prima di tutto c'è la solitudine di fronte al problema.
Questa è una emergenza vera, destinata a crescere. I dati dei grafici che abbiamo visto sull'invecchiamento della popolazione e sull'aumento della non autosufficienza è vero che in un territorio come il vostro sono accentuati rispetto alla media nazionale, ma mica di tanto, perché, se andiamo a vedere, l'Emilia Romagna complessivamente invecchia, la Liguria complessivamente invecchia, la Toscana, la stessa Lombardia e lo stesso Piemonte, e di qui a poco, se la crescita del Mezzogiorno torna ad essere decrescita per l'emergenza della crisi industriale e del mondo produttivo nella quale ci stiamo trovando, non pensiamo che nella società cambiata anche nel meridione continui l'andamento della curva demografica così come è. Sarà tra poco ma la popolazione è destinata a invecchiare a fronte della mancanza di attività economiche.
Questo è un problema dal quale non si scappa. Per quello che ho sempre pensato e per quello che ho cercato di fare, è chiaro che io credo che di fronte a questa emergenza non si possa che usare, non la retorica del meno tasse e meno servizi pubblici, ma diciamo pure l'onestà intellettuale e politica di chi dice: qui occorre ricorrere al sano realismo che ci dice che quando a un bene si intende dare una risposta pubblica la strada obbligata è sempre e comunque quella della fiscalità generale. Nel tempo in cui ci troviamo potremmo tranquillamente dire che forse non è possibile diminuire di tanto la pressione fiscale, io mi accontenterei anche di sentire questa conversione del linguaggio nella vita politica, ma certo bisogna avere il coraggio di dire al Paese che all'anziano in casa non autosufficiente o si dà risposta attraverso il pagamento individuale al quale ciascuno di noi può far fronte, oppure la risposta è pubblica. E se la risposta è pubblica non c'è altra strada che quella: che si chiami assicurazione obbligatoria o tassa di scopo o detrazione fiscale finalizzata, sempre e comunque è un sistema caratterizzato dal principio: ciascuno paga secondo le proprie possibilità, ciascuno usufruisce secondo i propri bisogni. Questo è il modo assolutamente più sostenibile, perché è ampiamente dimostrato che tutti i sistemi assicurativi, ancorché mutualistici, sono comunque più costosi di quelli che si basano sul pubblico finanziatore rappresentato dall'assicurazione obbligatoria pubblica o dalla fiscalità nazionale.
Tutto questo non è certamente scontato: è una scelta politica. Io credo che a questa domanda si debba dare una risposta nazionale, e questo è il motivo per il quale abbiamo presentato proposte di legge per la non autosufficienza. Ritengo anche, però, che per le scelte che sono state compiute in questi anni dal punto di vista istituzionale - proponendo in maniera seria, non propagandistica, le autonomie delle comunità locali - noi oggi possiamo dire che abbiamo sperimentato il welfare locale come abbiamo sperimentato la programmazione economica locale e abbiamo anche visto che da tutto ciò il nostro Paese ha tratto dei grandi vantaggi. Io credo che l'economia italiana, ma anche il welfare italiano, siano cresciuti in questi anni in virtù della responsabilizzazione delle comunità locali, della cooperazione tra i livelli istituzionali, non del conflitto tra i livelli istituzionali ma della cooperazione vera, che significa riconoscimento contestuale di responsabilità, di livello nazionale, di livello regionale, di livelli locali.
Adesso che c'è il nuovo titolo V della Costituzione, spetta competenza esclusiva alle Regioni nella individuazione del modello organizzativo e del modello gestionale sanitario; sono competenza dei Comuni e delle comunità locali la gestione e l'organizzazione dei servizi sociali; è competenza esclusiva di livello nazionale l'individuazione dei livelli di assistenza (nuovo articolo 117 della Costituzione). Che è una novità rispetto allo stesso articolo 32 e all'articolo 31 della Costituzione, perché, quando il rapporto

tra le istituzioni forse era caratterizzato da una sorta di antefatto rivendicativo reciproco, non c'era una chiarezza di strumenti come c'è in questo momento. I cittadini italiani sono uguali in qualunque parte del territorio di fronte alla esigibilità di prestazioni che sono a tutela di alcuni loro diritti, e questo vale per il diritto alla salute, ma, per quello che ci dice il nuovo titolo V della Costituzione, anche per i servizi sociali, anche per i servizi e per i livelli socioassistenziali, per l'istruzione e per quanto è legato ai diritti della persona, della sua dignità.
Credo che questo sia un assetto istituzionale corretto e adeguato alle nuove sfide del welfare, sia per quanto riguarda il reperimento delle risorse sia per quanto riguarda l'esercizio delle diverse responsabilità, perché ciascuna comunità è autonoma e responsabile ma ciascuna comunità è inserita in un contesto più ampio e si prende in carico alcuni beni insieme a tutte le altre comunità.
Dico subito che all'orizzonte si profila qualche cosa di diverso, che certamente ritengo non sia adeguato, e dico questo mentre esalto la vostra esperienza, la vostra sperimentazione.
Qui a Belluno ci troviamo di fronte ad un tentativo di risposta di welfare locale che certamente non è minimamente conflittuale con chi auspica una risposta di carattere nazionale a questo problema che interessa tutti noi. Perché non solo, anche nel momento in cui vi fosse una risposta nazionale, le comunità locali non sarebbero sollevate dal trovare le proprie strade di gestione e di organizzazione della risposta, ma anche e soprattutto perché credo che la particolarità dell'integrazione sociosanitaria e dei livelli essenziali delle prestazioni sociosanitarie chiama in causa le disponibilità e le possibilità delle comunità locali.
Qui ci troviamo davanti ad una scelta strategica fatta da una comunità locale la quale decide di investire maggiori risorse per dare una risposta ad un problema che richiede non meno priorità delle infrastrutture, dei beni culturali, della circolazione. E io credo correttamente, giustamente, perché la scelta fatta dal Comune di Belluno è una scelta di chi non si è limitato a dire: troviamo un modo per dare una risposta più adeguata a questo problema attraverso una maggiore integrazione tra servizi sociali e servizi sanitari, una migliore collaborazione tra Comune e Unità sanitaria locale. Ci troviamo di fronte ad una comunità che ha individuato il problema e che decide di investire maggiori risorse per dargli una soluzione. Ha individuato la priorità e ha deciso che le disponibilità della sua comunità, che possono andare ad aggiungersi alle disponibilità finanziarie, poche peraltro, assegnate a livello nazionale, vengano messe a disposizione per dare una risposta ad un problema ritenuto giustamente di carattere strategico per il futuro.
E' un atteggiamento destinato a crescere, soprattutto da parte delle comunità che se lo possono permettere.
Venendo a Belluno, si percepisce di trovarsi in una delle città nelle quali la qualità della vita è più alta. Normalmente siamo abituati a pensare ad alcuni determinati parametri per valutare la qualità della vita; ma è il caso di cominciare ad inserirne altri, come qui si sta tentando di fare. E questo non è scontato, perché non è scontato che questi si ritengano investimenti produttivi. E' chiaro che questo è l'indice di una sensibilità culturale che, per quanto mi riguarda, sarebbe, per il Veneto che io conoscevo, sicuramente comune a tutta la regione. Mi accontento, non mi dispero, nel constatare che è rimasta almeno in alcune città. E' sicuramente un segnale importante sul quale credo si debba fare forza e indicare un punto di riferimento importante.
Non lo dico soltanto in termini di risorse, perché potreste anche non averle. Questa potrebbe anche essere una comunità che non ha risorse aggiuntive per trovare una soluzione a questo problema, ci sono tante città che non le hanno, e dopo la prossima Finanziaria sarà anche peggio. E non lo dico da esponente dell'opposizione in Parlamento, lo dico indicando l'Anci, l'Upi e la Conferenza delle Regioni. Lo dico citando non le parole di Martini, presidente della mia Regione di centrosinistra, lo dico citando le parole dell'assessore di questa Regione, che davanti al ministro della Salute, al ministro Sirchia, ha detto che "se la prossima Finanziaria non cambierà noi in primavera saremo costretti a tagliare i servizi sanitari". Gava non è del mio partito; non sono del mio partito Sturani, Conconi, Rigo e quant'altri. Sono le istituzioni delle comunità regionali, delle comunità locali, che hanno chiaramente detto che questa Finanziaria di fatto trasforma i governatori delle Regioni, sindaci e presidenti delle Province in liquidatori di settori importanti dello stato sociale. Lo scorso anno da esattori, perché potevano mettere le tasse per far fronte ai costi, e quest'anno non possono neanche mettere le tasse, quest'anno possono solo liquidare.

Per fortuna ci sono anche le comunità che hanno ancora delle risorse e le mettono a disposizione, ma questa comunità potrebbe anche non averle, potremmo trovarci in questo momento in una città diversa che non ha risorse. Ce ne saranno molte dal prossimo anno che, se anche le avessero, non potrebbero spenderle perché potrebbero spendere soltanto quello che hanno speso negli anni precedenti, pure avendo risorse aggiuntive…
Cosa voglio dire? Voglio dire che, quando stabilite la vostra spesa nel settore assistenziale, denunciate la caduta del modello veneto. Se andiamo a vedere come stavano le cose una volta, non ci sarebbe mica bisogno di creare una Spa per realizzare l'integrazione sociosanitaria. I Piani di zona sono nati in questa Regione. Quando esisteva la collaborazione vera tra la programmazione regionale e la programmazione dei Comuni, forse la soluzione sarebbe stata un'altra.
Oggi, se vogliamo prenderci carico, in questo momento, della non autosufficienza degli anziani, non c'è altra strada che quella della collaborazione, dell'integrazione tra le due istituzioni alle quali fa capo l'assistenza sanitaria e l'assistenza socioassistenziale. Tanto più in un settore quale è la non autosufficienza, perché il Dpcm che fa seguito al D. Lgs. 328 indica nella non autosufficienza degli anziani un'area ad alta integrazione sanitaria per la quale i costi sono contenuti nei livelli essenziali dell'assistenza sanitaria. E la domanda che ci facevamo, quando scrivevamo quelle due riforme, la sanitaria da una parte e la 328 dall'altra, era molto semplice: come andare a spiegare ad una famiglia che se ha bisogno di una operazione di appendicite quella è gratuita e che se uno ha in casa un malato di Alzheimer per il quale non esiste neanche una medicina certa, quello di cui quel malato ha bisogno non è un livello essenziale di assistenza per cui uno si debba mettere le mani in tasca e debba pagare? Che differenza c'è fra l'Alzheimer e l'appendicite? Il fatto che lì ci vuole una sala chirurgica e un antibiotico che già esiste e di là non c'è neanche un medicinale per cui tu hai bisogno di una badante e di un servizio domiciliare e di una specializzazione, anche psichiatrica, e quant'altro!
E la stessa cosa vale per un malato di mente: mi dovete spiegare perché il ricovero in manicomio era gratuito e quando abbiamo chiuso i manicomi, grandissima scelta, abbiamo messo a carico dell'utente l'assistenza di quel malato. Non la capisco mica questa mentalità e perché ci sia questa differenza di trattamento.
Ed è per questo che i servizi ad alta integrazione sanitaria sono nei livelli essenziali di assistenza. E' inutile dire che l'attuale copertura del fondo sanitario non consente questo. Ed è inutile dire che queste sono le fasce deboli dell'assistenza. Ma è così. E la riconversione della spesa ospedaliera e della spesa della fase acuta della malattia o di alcune malattie e di alcune sofferenze rispetto ad altre continua ad essere molto differente sul territorio.
Questione di priorità. Ma quante comunità non hanno i finanziamenti, non hanno risorse proprie, e quante comunità non hanno un'amministrazione che fa questo tipo di scelta aggiuntiva?
E' chiaro, io credo, che bisogna trovare da questo punto di vista un equilibrio che consentirà ad amministrazioni come la vostra di dare il meglio del meglio perché tanti bellunesi saranno abituati a determinati standard e non intenderanno venirne meno, e altri saranno contagiosi nei confronti di altre comunità. Ma tutto questo deve andare ad innestarsi in un terreno di certezze per tutti i cittadini italiani.
Io credo che questo sia un punto in forza del quale Belluno, una volta realizzata e fatta funzionare questa sperimentazione, dovrà far sentire forte la sua voce insieme a quella di altre comunità perché ci sia una soluzione nazionale, che vale per tutti.
Vengo alla scelta della sperimentazione, alla scelta della SerSa Spa.
E' inutile che dica che io apprezzo molto che ci sia il pubblico, e da solo. Sostanzialmente questa formula, una volta avviata la sperimentazione, potrebbe essere generalizzata per tutti i servizi territoriali.
Nella mia Toscana, con punti interrogativi anche lì, e non a caso appunto anche lì si parla di sperimentazione, sono nate le *Società della salute*. Questo progetto era partito in un primo momento prevedendo anche la possibilità di una partecipazione di privati. Nel dibattito che c'è stato si è detto no: una sperimentazione come questa, che mette in gioco risorse aggiuntive da parte dell'ente locale, non può essere esposta al rischio che qualcuno ne faccia un discorso di "business".
Allora, tutte le forme innovative, tutti i modi per "aggirare" i patti di stabilità che pesano sulle comunità locali, tutti i modi per denunciare in maniera chiara e netta, non soltanto attraverso la passività e i cartelli, l'arretratezza delle scelte nazionali e delle scelte regionali, va tutto bene. Però questo non può mai pesare

poi sulle possibilità finanziarie degli ammalati e di coloro che hanno bisogno dei servizi, perché questi non si possono fermare di fronte alla eventualità che questa società si trovi in difficoltà di carattere economico, e questo può accadere soltanto se il capitale di conferimento è pubblico, se il servizio è pubblico, se la verifica è pubblica.

Non mi resta che farvi gli auguri e al tempo stesso chiedervi davvero di far partire da questa città, che ha le carte in regola per poterlo fare, una sorta di petizione nazionale perché a questo problema si dia una risposta davvero universalistica e davvero generale, perché il problema è un problema di tutti e perché credo che l'esperienza vostra possa essere concepita come esperienza integrativa che se dovesse diventare una esperienza sostitutiva per una mancanza di responsabilità da parte della Regione e da parte della comunità nazionale diventerebbe certo qualche cosa di molto bello, di molto gradito per la città di Belluno, ma altrettanto una denuncia ancora più forte di una carenza a livello nazionale.